

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 55

---

Manifestations fébriles  
d'origine hépato-intestinale  
dans les suites de couches immédiates

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Emile VANHEMS**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie*

Né le 16 Avril 1909 à ALÈS (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1931



MANIFESTATIONS FÉBRILES  
d'ORIGINE HÉPATO-INTESTINALES dans les SUITES  
de COUCHES IMMÉDIATES



Manifestations fébriles  
d'origine hépato-intestinale  
dans les suites de couches immédiates

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Emile VANHEMS**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie*

Né le 16 Avril 1909 à ALÈS (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—  
1931

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. ROLLET       |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. PIC        |
| Cliniques chirurgicales .....                             | PAVIOT         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER         |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BÉRARD         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | VORON          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | ROLLET         |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | NICOLAS        |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | LEPINE (J.)    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND     |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | VILLARD        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | COLLET         |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....           | GAYET          |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | NOVE-JOSSERAND |
| Chimie biologique et médicale .....                       | COURMONT       |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | CLUZET         |
| Matière médicale et Botanique .....                       | FLORENCE       |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL          |
| Anatomie .....                                            | MANCEAU        |
| Histologie .....                                          | GUIART         |
| Physiologie .....                                         | LATARJET       |
| Pathologie externe .....                                  | POLICARD       |
| Pathologie interne .....                                  | DOYON          |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | LERICHE        |
| Anatomie pathologique .....                               | FROMENT        |
| Chirurgie opératoire .....                                | CADE           |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | FAVRE          |
| Médecine légale .....                                     | TATEL          |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.)   |
| Thérapeutique .....                                       | Etienne MARTIN |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          | X.             |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....            | SAVY           |
|                                                           | LEULIER        |
|                                                           | PIERY          |

## PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... M. CONDAMIN

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                      |                     |
|------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie topographique .....                         | MM. THEVENOT (Léon) |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | RHENTER             |
| Chirurgie expérimentale .....                        | TAVERNIER           |
| Applications du radium .....                         | NOÏER               |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER             |

## AGREGES

|                  |                 |              |               |
|------------------|-----------------|--------------|---------------|
| MM.              | MM.             | MM.          | MM.           |
| NOGIER           | NOEL            | ROCHET (Ph.) | CHAMBON       |
| ROCHAIX          | DUMAS           | WERTHEIMER   | CIBERT        |
| RHENTER          | DUFOURT         | GATE         | EPARVIER      |
| MAZEL            | DEVIC           | BERNHEIM     | GUILLMINET    |
| SANTY            | GABRIELLE       | DECHAUME     | MORENAS       |
| CHALIER (André)  | MARTIN (Joseph) | POLLOSSON    | REBATTU (Ch.) |
| CHALIER (Joseph) |                 |              |               |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président*; RHENTER, *assesseur*;

DECHAUME et EPARVIER, *agregés*.



*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique Obstétricale*

Au cours de notre stage obstétrical nous avons bénéficié de son haut enseignement. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse, nous lui adressons nos remerciements et lui affirmons notre profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

*Chef de Clinique Obstétricale*

Nous nous permettons, en notre nom personnel, de lui adresser nos sincères remerciements pour les soins empressés qu'il prodigua à notre famille, lors d'un heureux événement.

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de ce travail et pour l'accomplir il ne nous a ménagé ni son temps, ni sa peine. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus affable; qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DES FACULTÉS  
DE BORDEAUX ET DE LYON

A NOS MAÎTRES  
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MANIFESTATIONS FÉBRILES  
d'ORIGINE HÉPATO-INTESTINALES dans les SUITES  
de COUCHES IMMÉDIATES

---

## Introduction

---

Toute élévation thermique survenant chez une accouchée au cours des suites de couches immédiates doit faire penser à la possibilité d'un début d'infection à point de départ utérin, annexiel, mammaire ou veineux. Il est de fait, que ce sont là des considérations cliniques que l'on doit nécessairement envisager en présence d'une élévation thermique. On en recherchera donc la cause par un examen minutieux et systématique des différents appareils qui sont le plus fréquemment lésés ou infectés après l'accouchement ou au cours de l'allaitement.

Il est cependant des cas, où les recherches mêmes attentives ne révèlent absolument rien du côté des organes les plus directement intéressés au cours de la période des suites de couches. Il n'y a rien de particulier au point de vue utéro-annexiel ; le système veineux paraît indemne de toute infection latente ; il n'y a pas non plus de complications mammaires. Il faudra donc s'orienter vers un examen général appro-

fondi de la malade et tenir le plus grand compte de ses antécédents pathologiques possibles. Si l'interrogation et la recherche attentive des différentes lésions ou tares de l'organisme ne révèlent rien d'objectif, on pourra alors se demander si les manifestations fébriles constatées ne sont pas déterminées par un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, si fréquemment observé chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.

L'intestin représente l'habitat normal de toute une série de micro-organismes qui y végètent en saprophytes ; parmi eux, le plus répandu et le plus connu est le colibacille, tout au moins le plus facile à mettre en évidence au cours des différentes complications à point de départ intestinal. Il ne faut d'ailleurs pas compter absolument sur la recherche de ce soi-disant microbe témoin pour étiqueter d'une façon ferme des fièvres d'origine digestive.

En effet, la diffusion de ce germe, et plus spécialement son passage dans le sang, sont de constatation particulièrement difficile dans l'état actuel de la science bactériologique. Toutefois, on sait depuis longtemps qu'une diminution de la résistance organique, plus particulièrement un amoindrissement du rôle antitoxique du foie, peuvent permettre la pullulation et l'exhaltation de virulence des germes intestinaux.

Ces conditions sont réalisées au maximum du fait de la gravidité. En effet, deux éléments sont à considérer du point de vue qui nous occupe, du fait de la gestation : la paresse intestinale et un certain degré d'insuffisance hépatique en quelque sorte physiologi-

que. Le foie de la femme enceinte est littéralement surmené du fait du développement de la grossesse et de l'exagération de son rôle antitoxique. Cette insuffisance hépatique sera elle-même à la base de nombreux incidents à point de départ intestinal, tels que pyélonéphrites, cholécystites et même appendicites.

Lorsque survient l'accouchement, la résistance générale de l'organisme est passagèrement diminuée, la cellule hépatique n'a pas eu le temps de recouvrer son équilibre primitif, il n'y a donc rien d'étonnant que des complications à point de départ digestif puissent se manifester dans les suites de couches.

Or, en parcourant le service de la Clinique obstétricale, il nous a été donné d'observer quelques cas de suites de couches subfébriles, parfois même franchement fébriles, ne présentant au premier abord aucune cause apparente. Rien au point génital, annexiel, péritonéal, mammaire ou veineux ne permettait d'expliquer l'état fébrile de ces accouchées, mais toutes présentaient le même syndrome de constipation ou de diarrhée.

Nous avons relevé les observations de toutes les femmes ayant eu des phénomènes digestifs avec manifestations fébriles dans leurs suites de couches immédiates. Ces observations, au nombre de douze, ont servi de base à notre travail qui se place sur le terrain strictement clinique. Il nous a semblé en effet que l'analyse minutieuse des symptômes observés, à l'exclusion de toutes autres considérations pathologiques, permettait de conclure en faveur d'infections à point de départ intestinal, car il ne faut pas compter sur les

examens de laboratoire pour transformer une impression clinique en certitude. Dans l'état actuel de la science, les recherches bactériologiques ou sérologiques se révèlent impuissantes à préciser un diagnostic en dehors de manifestations typhoïdiques et paratyphoïdiques. Ces points particuliers appellent de nouvelles recherches, mais cependant, l'examen minutieux de ces femmes et surtout l'influence du traitement et du régime, nous ont, semble-t-il, permis de porter un diagnostic ferme dans la plupart des cas.

---

## Historique

---

Les premiers travaux traitant des maladies d'origine digestive datent de 1868, c'est en effet Sénator qui, à cette époque, décrit pour la première fois des intoxications dont la cause réside dans l'intestin. Mais il faut cependant attendre les travaux de Bouchard en 1887 pour être fixé sur la théorie de l'intoxication d'origine intestinale.

D'abord battue en brèche, puis acceptée par tous, la théorie de Bouchard semble, à l'heure actuelle, être tombée en désuétude.

Après lui, de nombreux auteurs, parmi lesquels Blum, Slosse et Godart, Charrin, Falloise, discutent sa théorie et cherchent à trouver quels sont les organes chargés de détruire les toxines d'origine intestinale.

C'est alors que Pawlow, Minkowski, Queirolo et Roger apportent la notion du rôle antitoxique du foie. Stich, le premier, puis Queirolo, Charrin, Ribbert, Alesi, Falloise démontrent le rôle que joue la muqueuse intestinale saine dans la protection de l'organisme contre les infections, les intoxications d'origine intestinale.

Dépuis, les travaux sur la question se sont multi-

pliés, mais ont pris également une orientation différente. La découverte de la flore intestinale et surtout celle du colibacille par Escherich en 1885 a poussé les auteurs à chercher si les troubles digestifs n'amèneraient pas le passage dans le sang d'abord, dans les organes ensuite, des microbes intestinaux.

En 1892, Reblaud publie un mémoire: « Des infections du rein et du bassin consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravide ». Il reconnaît le colibacille comme agent causal et émet l'hypothèse que « l'intestin était la grande source de ces infections et que le colibacille arrivait au rein par la voie sanguine ».

Rossier et Lewin, en 1895, font à la Société Médicale de Berlin une publication sur les auto-infections d'origine intestinale.

Bar, en 1904, vérifie cliniquement l'hypothèse de Reblaud et obtient des hémocultures positives à colibacille chez des femmes enceintes, et souvent à la période présuppurative de la pyélonéphrite gravidique ; de plus, il met en lumière les rapports de la colibacillurie et des troubles intestinaux. La même année, Cathala, dans sa thèse inspirée par Bar, démontre également l'origine intestinale de l'infection pyélonéphritique.

À l'étranger, Curschmann, en 1900, Lenhartz, en 1903, Liebermeister, 1906, Wiens et Jacob, 1909, Brian, 1912, publient des cas de septicémies colibacillaires d'origine appendiculaire.

En France, Widal et ses élèves, dès 1904, font paraître diverses études sur les colibacillooses pour lesquelles

ils reconnaissent l'origine intestinale comme point de départ le plus important.

En 1912, Fabre, dans la thèse de Liégeois émet l'hypothèse de l'origine intestinale du poison éclamptique. A la même époque, Linel, dans sa thèse également inspirée par Fabre, écrit : « En général, en effet, dans les trois jours qui suivent l'accouchement, les femmes vont difficilement à la selle ; souvent, vers le deuxième ou troisième jour, on observe une très légère ascension thermique due uniquement à de l'infection colibacillaire et à la rétention des matières fécales ».

Hertz, en 1912 également, dans son traité : De la constipation et des troubles intestinaux, écrit : « De nombreux auteurs considèrent la constipation comme l'unique cause d'une certaine catégorie d'accès fébriles aigus ; une personne est subitement atteinte de constipation opiniâtre avec fièvre et frissons ; la langue est couverte d'un enduit blanc et épais ; le malade a des gaz, des douleurs dans le ventre, des maux de tête ; il peut survenir des vomissements et parfois même du délire. Quelquefois apparaît de l'urticaire ou de l'érythème et on a signalé un ictère léger et de l'albuminurie ».

Récemment, Heitz-Boyer, en 1919, a montré que la simple constipation liée à l'entéroptose, au spasme ou à l'atonie intestinale ou même à un simple régime défectueux peut suffire à provoquer des poussées bactériennes colibacillaires et résumant tous ses travaux sur la question, il lui donne l'appellation devenue classique de syndrome entéro-rénal.

Au cours de la puerpéralité on a fréquemment

signalé des septicémies colibacillaires qui peuvent même présenter une allure clinique sérieuse, au cours des suites de couches notamment. Mais, à part l'étude bactériologique des urines qui révèle l'élimination massive du colibacille, ce n'est que très exceptionnellement que Jeannin et quelques auteurs ont pu déceler la présence du colibacille dans le sang, traduisant l'invasion septicémique.

Parmi ces auteurs, Widal et Lemierre, *in* Nouveau Traité de Médecine, en 1921, ont étudié les septicémies colibacillaires et accordent une grande partie de leur travail aux septicémies puerpérales d'origine intestinale. Ils rapportent notamment quatre observations de femmes récemment accouchées présentant une septicémie colibacillaire grave et ils en apportent la preuve par des hémocultures positives.

Terminant leurs études sur ces septicémies, ces deux auteurs écrivent : « Dans les colibacilloses d'origine intestinale, la diète hydrique, les purgatifs, les antiseptiques intestinaux, les grands lavements, pourront concourir à la désinfection du tube digestif et empêcher le passage dans le sang de nouveaux germes capables d'entretenir la septicémie ».

Les travaux de Lavergne en 1927, Roger Petit en 1929, et Achard en 1930, reconnaissent également les troubles intestinaux comme cause de septicémies colibacillaires.

---

## Observations

---

Nous croyons préférable de reproduire dès maintenant les quelques observations que nous avons pu recueillir et qui nous paraissent entrer dans le cadre de notre travail.

Ces malades ont été soigneusement examinées et chez elles l'examen minutieux a pu montrer l'absence de tout élément pathologique pouvant faire penser à une complication septique autre qu'une infection à point de départ intestinal.

De plus, les suites de couches éloignées, sans complications gynécologiques ou mammaires, ont achevé la démonstration qu'il ne s'agissait pas d'un incident quelconque qui aurait pu passer inaperçu lors des premiers examens ; d'ailleurs, dans le cours de la discussion et dans l'interprétation générale de ces observations, nous reviendrons sur les points particuliers de chacun d'entre elles.

Nous aurions pu étendre le nombre de nos observations, mais comme les manifestations observées paraissent toutes d'un type sensiblement analogue, nous nous sommes volontairement limité, pour ne pas allonger inutilement notre texte, à quelques cas choisis parmi les plus probants.

## OBSERVATION I

(Inédite)

Mme G... accouche, le 5 octobre 1929, d'un enfant du sexe masculin de 3.500 grammes.

Etat antérieur du tube digestif défectueux, de plus la malade présente fréquemment un peu d'urticaire, des démangeaisons ; s'est plainte, pendant la grossesse, à différentes reprises, de douleurs hépatiques.

Vomissements ayant persisté jusque vers le cinquième mois.

Amaigrissement au début, puis reprise de poids.

Accouchement : forceps pour insuffisance des contractions ; hémorragie d'intensité moyenne après la délivrance, traitée par pituitrine, tonicardiaque, sérum artificiel.

Fait particulier, la malade absorbe en cachette plus d'une bouteille de champagne entre 9 heures du matin et 5 heures du soir. Le jour même de l'accouchement, la température est à 38°9 et se maintient entre 39° et 38° les jours suivants, en même temps on enregistre un certain degré d'ictère.

*Traitement*: Glace sur le ventre, septicémine intraveineuse.

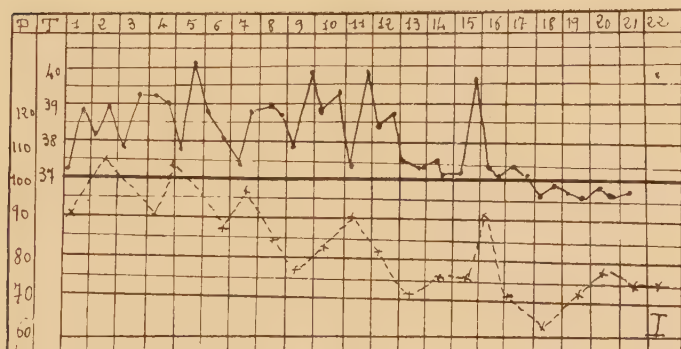
Rapidement l'état général s'améliore et vers le septième jour, la température descend au voisinage de la normale.

En raison de l'absorption intempestive du champagne du premier jour, la malade est mise à un régime végétarien strict en même temps qu'on assure la dé-

sinfection intestinale par des cachets de charbon et des évacuations intestinales quotidiennes.

La malade fait, à plusieurs reprises, les jours suivants, des poussées fébriles vespérales, à 40°, coïncidant chaque fois avec l'absorption d'un peu de lait, de maigre de jambon ou de blanc de poulet.

En raison de ces renseignements, on insiste sur l'administration d'un régime végétarien absolu. Malgré cela, vers le quatorzième jour, la malade absorbe une petite quantité de poissons frais, le soir même la température est à 39°8.



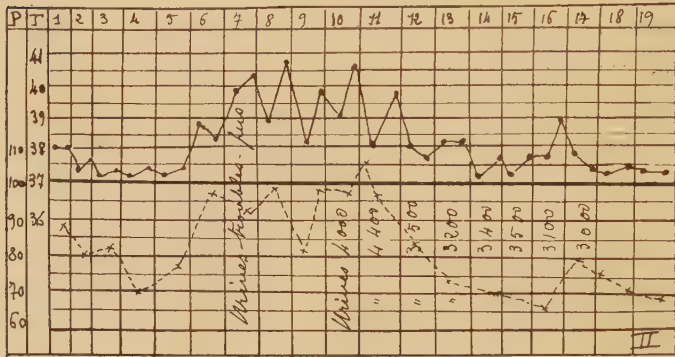
On maintient alors définitivement un régime sévère. La température se maintient alors à la normale et l'on permet le lever au dix-huitième jour.

Il est à remarquer que pendant toute la durée de la période fébrile, mis à part les trois premiers jours, le pouls s'est constamment maintenu en dessous de 100.

L'allaitement mixte a pu être conservé sans que l'enfant ne présente de troubles particuliers.

## OBSERVATION II

Mme G..., 24 ans, primipare, accouche, le 7 juin 1930, d'un enfant du sexe féminin de 2.840 grammes. Accouchement prématuré à 8 mois 2/3.



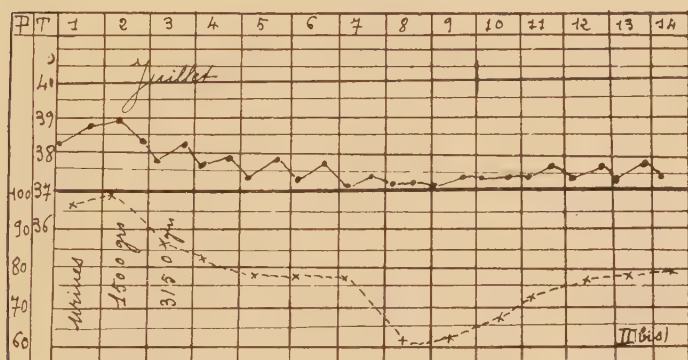
Avant et pendant la grossesse, la malade ne signale aucun trouble digestif. Après un accouchement absolument normal, la malade présente, à partir du cinquième jour, une élévation progressive de la température qui atteint 40°5 le septième jour. Peu de modifications du pouls qui ne dépasse pas 100. Involution utérine normale. Abdomen douloureux au niveau du flanc gauche, surtout dans la région lombaire et le long du sigmoïde. Les urines sont claires et ne contiennent aucun élément cellulaire, aucun microbe. On met alors la malade au régime végétarien strict, en même temps que l'on assure la régularisation du fonctionnement intestinal par des laxatifs et des lavements quotidiens. Désinfection du tube digestif par charbon et urotropine.

La malade sort le 26 juin 1930, apyrétique depuis trois jours. La veille du départ, un nouvel examen d'urine a été négatif.

En somme, il semble s'agir d'une poussée de colibacillose sans localisation urinaire, ce que paraît confirmer l'évolution antérieure.

Le 2 juillet, la malade revient présentant de la température et des douleurs abdominales.

*Au toucher* : Rien du côté de l'utérus, ni des culs-de-sac.



*Examen abdominal* : Ventre légèrement ballonné. La palpation réveille des douleurs diffuses plus particulièrement sur le trajet du côlon.

La malade est très constipée. Urines troubles ; cependant, l'exploration rénale ne provoque aucune douleur vive, les reins ne sont pas augmentés de volume.

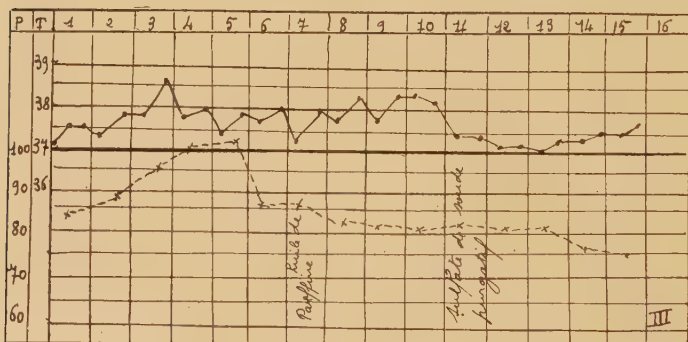
La mise en pratique du traitement précédemment appliqué amène en quelques jours la sédation des phénomènes cliniques observés.

### OBSERVATION III

Mme S... Léona, primipare, accouche, le 7 janvier 1931, d'un enfant du sexe masculin de 3.300 grammes.

La malade, avant et pendant la gestation, n'a observé aucun trouble de l'appareil digestif : ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements.

Les suites de couches, au point de vue involution utérine et écoulement lochial, sont normales, mais depuis l'accouchement la malade est constipée : une selle par jour, mais en faible quantité, selle noire, dure, de très mauvaise odeur.



La malade, qui ne se plaint d'aucune douleur abdominale, accuse, au moment des tétées, quelques frissons accompagnés de sueurs profuses.

Pas d'anorexie.

La malade étant fatiguée par l'allaitement, on a recouru à l'allaitement mixte.

Au premier jour, température subfébrile aux envi-

rons de  $37^{\circ}5$ , avec, au troisième jour, un clocher à  $38^{\circ}5$ , où elle se maintient jusqu'au sixième jour. On donne alors le matin un lavement d'huile de paraffine et le lendemain, septième jour, la température est à  $37^{\circ}2$ , mais remonte les jours suivants pour voisiner  $38^{\circ}$  jusqu'au onzième jour où l'on prescrit une purgation saline. La température descend alors à  $37^{\circ}4$  et reste stationnaire jusqu'au départ de la malade.

Chaque jour la malade absorbait, en outre, 3 grammes de charbon.

#### OBSERVATION IV

Mme P... Antoinette, quartipare, trois accouchements antérieurs normaux. Accouche, le 13 janvier 1931, prématurément à 8 mois  $2/3$ , d'un enfant du sexe masculin de 2.910 grammes.

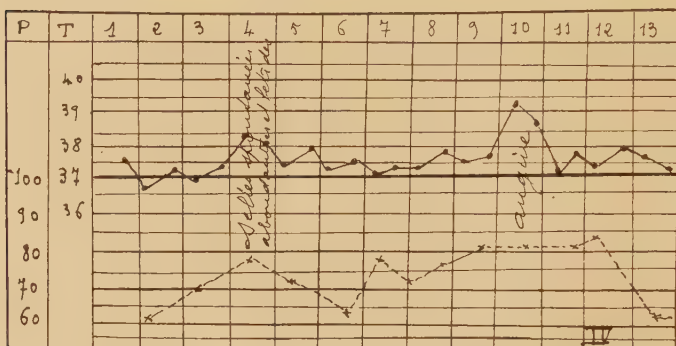
Avant la grossesse, la malade n'a jamais présenté de troubles digestifs, mais sa grossesse est assez mal supportée : inappétence et diarrhée.

Les deux premiers jours des suites de couches, la température est normale, seules quelques coliques douloureuses viennent troubler le repos de l'accouchée.

Au troisième jour, douleurs abdominales accompagnées de frissons importants et sueurs profuses qui nécessitent un changement de linge. La température est à  $38^{\circ}4$ , le pouls à 78.

Le ventre est légèrement ballonné. L'involution utérine et l'écoulement lochial sont normaux.

Le lendemain, quatrième jour, la malade évacue spontanément des selles liquides et fétides. La température est alors de 37° le matin et 38° le soir. Mais elle redescend progressivement, en même temps que les selles redeviennent normales, les coliques cessent.



Au neuvième jour, apparition d'une angine avec température à 39° ; le lendemain lavement et obtention de selles normales avec température à 37°.

Il s'agit peut-être d'une poussée grippale avec manifestations intestinales prédominantes.

Thérapeutique : Bouillons de légumes ; comprimés de charbon et de benzonaphtol.

## OBSERVATION V

Mme D..., quartipare, trois accouchements antérieurs normaux. Accouche, le 25 janvier 1931, d'un enfant du sexe masculin de 3.320 grammes.

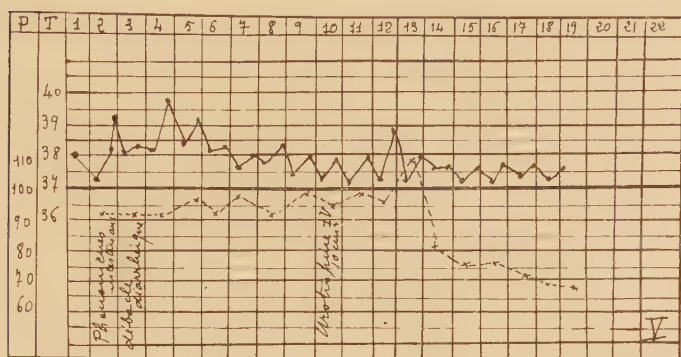
Aucun antécédent digestif avant la grossesse. Mais

pendant la gestation la malade déclare avoir eu des vomissements.

Transit intestinal normal, sauf dans les derniers jours qui sont marqués par de la constipation et quelques frissons.

Suites de couches fébriles, malgré une involution utérine normale et aucun accident du côté des seins.

Au premier jour, température à  $39^{\circ}2$ , pouls 90. La malade est excessivement constipée, accuse de vagues douleurs abdominales et insiste surtout sur des courbatures au niveau des jambes. De plus, frissons légers avec parfois bouffées de chaleur.



On donne un laxatif qui amène dans la nuit une débâcle intestinale : douze selles, excessivement fétides, dures au début, puis diarrhéiques et glaireuses.

Le lendemain matin, température à  $38^{\circ}$ .

Le transit intestinal demeure normal, avec selles non fétides et température oscillant aux environs de  $38^{\circ}$  jusqu'au huitième jour, où un second laxatif provoque l'évacuation de cinq selles non fétides.

Au neuvième jour, injection intraveineuse de 10 cc. d'urotropine.

La température reste sensiblement normale jusqu'au lever de la malade qui s'effectue le dix-huitième jour.

La thérapeutique fut limitée à des laxatifs, uroformine et des lavement, ainsi qu'à un régime sévère.

## OBSERVATION VI

(*Inédite*)

Mme S..., 28 ans, primigeste. Accouche, le 7 mars 1931, d'un enfant vivant, 2.700 gr.

Forceps en O. I. D. P., deux prises sous anesthésie au chloroforme. Délivrance spontanée et complète 50 minutes après. Quatre points de suture. Sphincter intact.

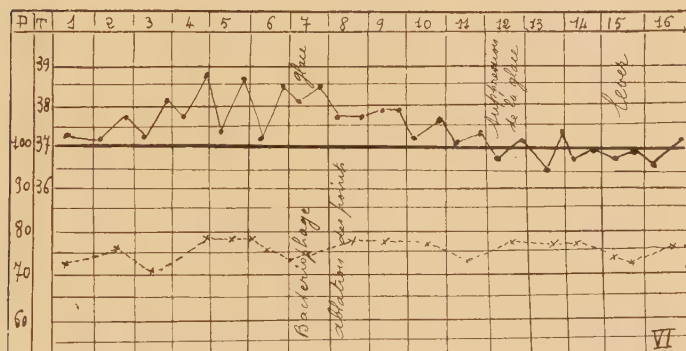
Avant la grossesse les fonctions digestives ont toujours été normales, de même pendant la gestation.

Suites de couches fébriles. Quarante-huit heures après l'accouchement, température :  $38^{\circ}1$ . Les quatre jours suivants, température à type plus ou moins oscillant, avec maximum entre  $38^{\circ}5$  et  $38^{\circ}9$ .

Au septième jour, glace sur le ventre et administration de Bactériophage. Institution depuis la veille d'un régime très sévère (bouillon de légumes, eau d'Evian, suppression du café au lait même le matin). De plus, la malade prend 4 fois par jour de la formocarbène, et à partir du huitième jour, chaque matin, une cuillerée à café de sulfate de soude, car la malade est assez constipée.

A noter que l'involution utérine et l'écoulement lochial ont été parfaitement normaux, d'ailleurs l'ablation des points de suture, au quatrième jour, laisse voir une cicatrice absolument parfaite permettant d'éliminer l'endométrite comme cause de l'élévation thermique.

La température tombe au-dessous de  $38^{\circ}$  le huitième jour et la malade devient apyrétique à partir du dixième.



Le régime est très prudemment étendu avec continuation du sulfate de soude le matin. La malade se lève le quinzième jour et rentre chez elle le vingtième.

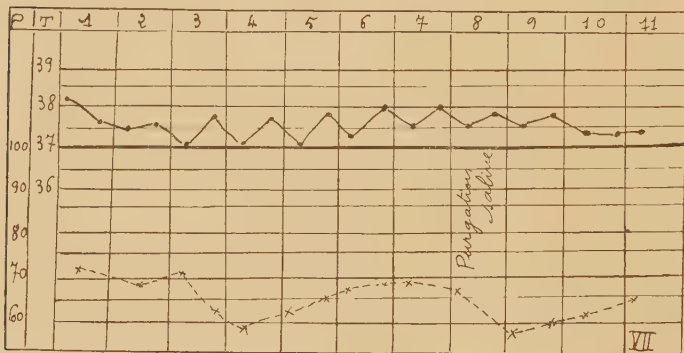
## OBSERVATION VII

Mme M... Marcelle, primipare, accouche, le 25 avril 1931, d'un enfant du sexe féminin de 2.500 gr.

Avant la grossesse, rien à signaler du côté de l'appa-

reil digestif. Grossesse bien supportée, sauf dans le courant du septième mois, où la malade a eu des vomissements pendant quatre jours. Vomissements qui cessèrent d'ailleurs spontanément et n'empêchèrent pas la malade de vaquer à ses travaux.

Les suites de couches sont sans histoire pendant les cinq premiers jours, la température voisine la normale, l'involution utérine, l'écoulement lochial sont normaux ; seule une constipation opiniâtre inquiète la malade.



Le sixième jour, la température s'élève à 38° et s'y maintient le septième. On ordonne alors une purgation saline qui amène le dixième jour, après évacuation de selles liquides, d'odeur fétide, la température à la normale.

La malade n'a jamais accusé la moindre douleur abdominale, ni le moindre frisson.

Le pouls oscillait entre 60 et 70 pulsations.

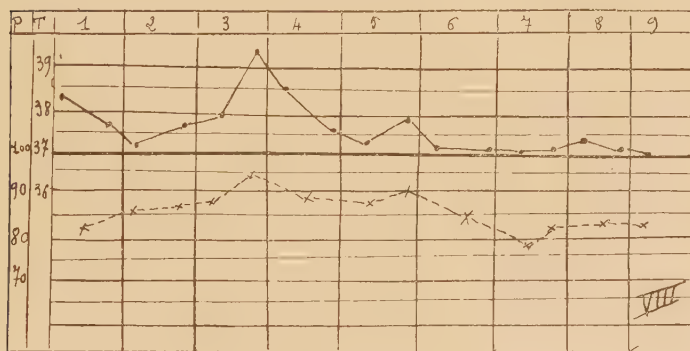
La malade sort le onzième jour avec un excellent état général et une température à 37°2.

### OBSERVATION VIII

Mme P... Madeleine, primipare. Accouche, le 14 mai 1931, d'un garçon, 3.100 gr. Hémorragie de 1.750 gr. Deux points de suture.

Malade de tempérament constipée, obligée pendant sa grossesse de prendre chaque matin un laxatif d'huile d'olive.

Au troisième jour des suites de couches, ascension thermique à  $39^{\circ}4$ , avec lochies fétides. Mais depuis l'accouchement, la malade n'a pas eu de selles, son ventre est ballonné, il y a du météorisme. On donne un lavement purgatif qui évacue des matières noirâtres, fétides, en deux selles ; la température baisse à  $37^{\circ}5$ . La malade ne retourne pas à la selle de deux jours et la température remonte à  $38^{\circ}$ , la langue est sale.



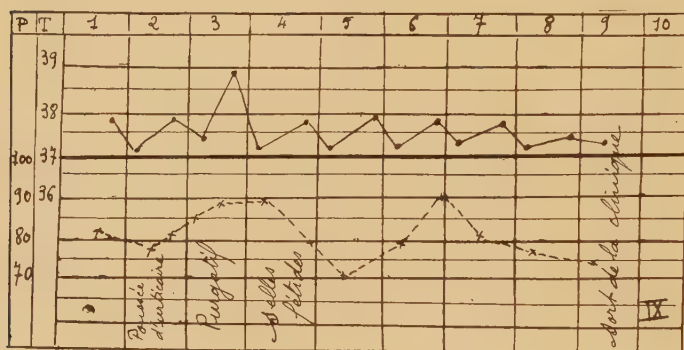
On administre alors de l'huile de paraffine : selle abondante et retour de la température à la normale ; mais on doit surveiller l'évacuation intestinale, la malade n'allant pas à la selle spontanément.

La malade sort le 25 mai, apyrétique depuis quatre jours.

## OBSERVATION IX

Mme D..., secundipare. Accouchement, le 19 juin 1931, d'un enfant du sexe féminin de 3.030 gr.

La malade a un passé digestif sans histoire, sa grossesse fut très bien supportée.



Au troisième jour des suites de couches, poussée urticarienne et température à  $38^{\circ}8$  avec pouls à 85. La malade n'accuse aucune douleur abdominale, pas de frissons, pas de diarrhée. On donne une purge et la température est à  $37^{\circ}2$  le lendemain matin, à  $37^{\circ}8$  le soir, et disparition de la poussée urticarienne.

Par ailleurs, l'involution utérine et les lochies sont normales ; rien du côté des seins.

Thérapeutique limitée à une purgation et régime végétarien, prises de charbon.

La malade sort le neuvième jour, avec décharge, complètement apyrétique.

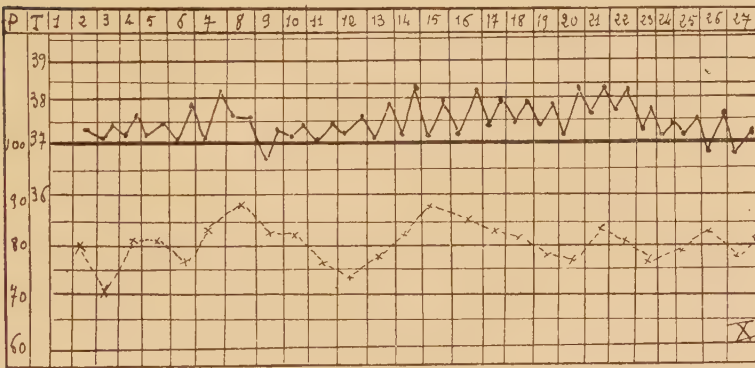
## OBSERVATION X

(Inédite)

Mme B..., primipare. Accouchement normal à terme d'un enfant du sexe masculin, 3.370 gr.

Rien à signaler avant et pendant la grossesse.

Dans les suites de couches, sans cause apparente, au sixième jour, la température s'élève à  $38^{\circ}2$ . Pendant 6 jours, température sensiblement normale, puis hyperthermie à partir du douzième jour, sans réaction anormale du côté de l'involution utérine. On fait



quelques réserves sur l'hypothèse d'une thrombo-phlébite utéro-pelvienne simple, malgré un toucher vaginal négatif fait au quatorzième jour et ayant montré un utérus gros comme une tête de fœtus à terme.

Après une certaine rémission, recrudescence thermique.

Au quatorzième jour, pendant 3 jours, glace sur le ventre, qui paraît n'amener aucune sédation particulière.

On institue alors un régime sévère et bactérie-intestiphage en même temps que l'on assure par des petits lavements évacuateurs les évacuations intestinales quotidiennes.

La température tombe assez rapidement et tout rentre dans l'ordre d'une façon définitive.

## OBSERVATION XI

(Inédite)

Mme L..., 40 ans, quartigeste. Deux accouchements normaux, une fausse couche de trois mois il y a quatre ans.

Avant sa grossesse la malade certifie n'avoir jamais eu à se plaindre de ses digestions, elle allait régulièrement à la selle.

Grossesse assez mal supportée. Etat grippal léger, subfébrile de temps à autre ; un peu de sinusite frontale guérie au moment de l'accouchement.

Inappétence prolongée, migraines tenaces.

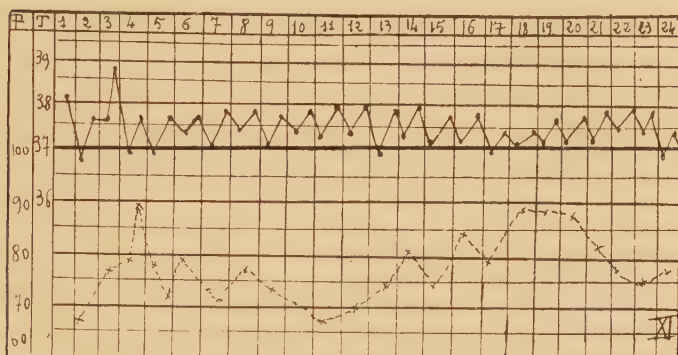
Pas de constipation, mais de temps en temps selles légèrement diarrhéiques.

Accouchement spontané normal, douze jours avant terme, d'un enfant de 3 kilogs, bien portant.

Suites de couches fébriles avec constipation opiniâ-

tre. Température de  $38^{\circ}9$  au moment de la montée laiteuse le troisième jour. A partir du huitième jour, température légèrement subfébrile, pouls accéléré. Du dixième au quatorzième jour, température vespérale aux environs de  $38^{\circ}$ .

Au quatorzième jour, institution d'un régime extrêmement sévère avec une cuillerée à café de sulfate de soude le matin à jeun.



La température redevient normale, chute parallèle du pouls; légère recrudescence pendant quarante-huit heures à  $37^{\circ}7$  (baptême).

Tout rentre dans l'ordre assez rapidement.

A noter que la malade n'a jamais ressenti ni douleurs abdominales, ni frissons.

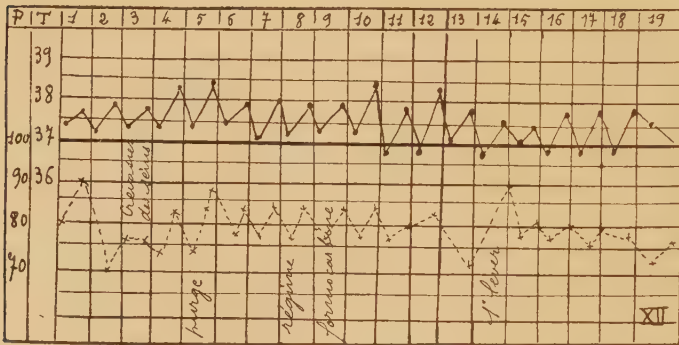
## OBSERVATION XII

(Inédite)

Mme B..., primipare, le 7 septembre 1931, accouchement spontané à terme sans incident d'un enfant de 3.250 grammes.

Etat antérieur du tube digestif satisfaisant. Quelques manifestations digestives, pendant la grossesse, se bornant à quelques alternatives de diarrhées et de constipation surtout après la prise de repas trop copieux et trop riches en viande.

Dans les suites de couches, aux quatrième et cinquième jours, température un peu au-dessus de  $38^{\circ}$ , d'origine mammaire, qui cesse rapidement. Les jours suivants, reprise de la température aux environs de  $38^{\circ}$  pendant six jours environ. Cette température cède avec l'administration d'un régime strictement végétarien, deux lavements purgatifs et des prises régulières de charbon et d'uroformine (formocarbène).



La régularisation des selles est obtenue au douzième jour, mais l'on continue toujours la surveillance du régime. Rien à signaler du côté de l'involution utérine ni de l'écoulement lochial.

Premier lever au quatorzième jour.

Allaitement au sein sans incident.

## Etude clinique

---

De la lecture de ces observations, nous allons essayer de dégager les notions cliniques qui permettent de rendre le tube digestif responsable des manifestations fébriles observées. Il est bien évident, et nous ne cessons de le répéter, que l'on doit, avant toute chose, éliminer par un examen méthodique toute autre cause d'infection. Les observations que nous venons de rapporter ont toutes été l'objet d'une discrimination soigneuse, toutes les malades qui en furent l'objet ayant été attentivement examinées. Aucune cause pathologique habituellement invoquée dans les suites de couches immédiates, ne paraissait pouvoir expliquer les élévations thermiques constatées.

Quels sont donc les éléments qui nous ont permis de penser à une participation digestive ?

### ANAMNÉSTIQUES

Il est bien évident que l'interrogatoire de semblables malades doit être pratiqué dans le but de déterminer les accidents à point de départ entéro-hépatique probable que la malade a pu présenter tant dans la période précédant la grossesse que dans le cours de la

gestation elle-même. Pour la plupart d'entre elles, il sera impossible de retrouver des manifestations fébriles, car, sauf accident sérieux, dont le type est une poussée de pyélonéphrite de la grossesse, ces malades ne sont pas fébriles ou à peine subfébriles, et les petites élévations thermiques qu'elles auraient pu présenter, le plus souvent, ne sont pas constatées objectivement. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà dit, il est logique de penser que le traumatisme de l'accouchement et les modifications importantes de la statique abdominale, qui en résultent, doivent être invoqués comme les circonstances déterminantes de ces manifestations pathologiques. Par contre, assez souvent, on notera que ces malades présentent des troubles des évacuations intestinales ; ce sont rarement des accidents diarrhéiques (Obs. XI), plus fréquemment ces malades présenteront de la constipation habituelle, particulièrement marquée au cours de leur grossesse (Obs. I, IV, V, VIII, XII). Assez souvent on pourra aussi mettre en évidence un certain degré d'inappétence, surtout pour les viandes et les graisses, inappétence que l'on différenciera aisément des vomissements propres à la grossesse. Rarement on sera à même de noter des accidents cutanés, tel que l'urticaire (Obs. I). Remarquons aussi que le plus souvent les accidents digestifs observés, et en particulier la constipation, subiront une recrudescence dans les jours qui précèdent l'accouchement.

Notons enfin que l'anesthésie chloroformique (Obs. VI) peut être considérée comme un adjuvant dans l'apparition de ces manifestations hépato-intestinales.

## ETUDE CLINIQUE

*Température.* — Un des premiers symptômes qui attire l'attention consiste évidemment dans l'élévation de la température. Celle-ci peut être nette, avoisinant  $38^{\circ}5-39^{\circ}$  avec, même, sensation de froid, sans grand frisson solennel ; assez fréquemment les malades présenteront des sueurs, surtout après les frissons même légers. Il est à remarquer, qu'associée à cette sensation de froid, les malades accuseront une sensation nauséuse à tendance vertigineuse.

L'apparition de la température sera assez variable ; elle est en général relativement précoce, et mis à part l'observation I, où la malade avait déclenché des manifestations hépato-toxémiques sérieuses par l'absorption intempestive de champagne, l'élévation thermique fait son apparition vers le quatrième ou le cinquième jour, exactement comme s'il s'agissait d'une infection à point de départ utérin.

Dans d'autres cas, la température observée sera seulement subfébrile au voisinage de  $38^{\circ}$ , principalement le soir, avec oscillation de un degré à un degré et demi ; mais cette température peu élevée sera remarquable par sa persistance et n'aura aucune tendance à céder tant qu'un traitement approprié n'aura pas été mis en œuvre.

## POULS

La fréquence du pouls présente un intérêt réel. Il est en général plus lent, souvent même il y a une certaine discordance du pouls et de la température, un peu comme dans les manifestations dothiéntériques,

telle l'observation II avec une température souvent au-dessus de  $40^{\circ}$  et un pouls dont la fréquence ne dépassait pas 100.

Ce symptôme, toutefois peut faire défaut, principalement au cours des manifestations subfébriles où l'on notera parfois un pouls à 80-90, coïncidant avec une température aux environs de  $38^{\circ}$ .

#### ASPECT GÉNÉRAL

Celui-ci n'est pas à proprement parler modifié. Cependant, souvent les malades présenteront un teint plus ou moins anormal, légèrement pâle, les traits tirés ; parfois même (Obs. VI), on constatera un léger degré de subictère ou l'apparition d'une petite poussée d'urticaire (Obs. IX). La langue est saburrale, avec mauvaise haleine, surtout au bout de quelques jours.

#### EXAMEN OBJECTIF

Il pourra révéler dans quelques cas des symptômes urinaires passagers avec poussée légère de pyélonéphrite comme dans l'observation II. Celle-ci, en général, est passagère, ne dure que quelques jours et les

Notons que ces malades ne se plaignent presque jamais de douleurs abdominales nettes, ni de coliques insymptômes urinaires rétrocedent ; il y a donc autre chose qu'une infection du bassinet et de l'appareil excréteur de l'urine. D'ailleurs, malgré la disparition de la pyurie et des douleurs lombaires, la température persiste élevée avec un état général plus ou moins touché.

testinales, peu ou pas de nausées ; les vomissements étant exceptionnels à moins d'épisode gastrique passager.

Ce qui frappe surtout et constitue le symptôme important, réside dans les troubles des évacuations intestinales. Ces malades sont en général des constipées pour lesquelles il faut mettre en œuvre des moyens thérapeutiques variés et même conjugués pour obtenir des émissions de selles suffisantes. Celles-ci présentent des caractères variables : tantôt ce seront des scyballes dures, témoignant d'une stase prolongée dans le côlon ilio-pelvien, tantôt les matières seront molles, avec, caractéristique importante, d'être particulièrement fétides. Enfin, on pourra assister à de véritables débâcles diarrhéiques, présentant elles aussi un caractère marqué de fétidité.

La palpation de l'abdomen révélera peu ou pas de symptômes objectifs ; on notera cependant dans quelques cas (Obs. II, IV, V) une douleur au niveau du gros intestin avec la notion d'une « corde colique » au niveau du côlon ascendant et de l'angle droit ; douleur d'ailleurs non spontanée, accusée seulement par la palpation un peu profonde. Dans la plupart des observations mentionnées, ce symptôme a d'ailleurs fait défaut. Remarquons enfin que les émissions de selles abondantes, provoquées par un moyen thérapeutique quelconque, ont été, en général, suivies d'une sédation des symptômes généraux, en particulier d'une chute plus ou moins nette de la température.

Enfin, dans un certain nombre de cas, la palpation

du foie pourra réveiller à ce niveau une douleur plus ou moins diffuse.

Notons également l'influence du régime alimentaire sur la courbe fébrile, l'absorption trop grande, ou même normale, de viande ou d'aliments gras, contribuant à entretenir l'élévation anormale de la température ; par contre, ainsi que nous le verrons en étudiant le traitement de ces manifestations, la mise au repos du tube digestif par un régime approprié entraînera fréquemment la sédation des phénomènes thermiques observés.

---

## Traitement

---

Celui-ci aura une importance capitale non seulement sur les manifestations fébriles, mais encore pour confirmer le diagnostic. Et l'on peut dire qu'une malade, qui réagit favorablement au traitement approprié, pourra être, sans contestations possibles, rangée dans le cadre pathologique que nous étudions ; au contraire, si la thérapeutique prolongée reste sans effet, on pourra en conclure, qu'à côté du syndrome digestif, il y a une autre complication qu'il faudra s'efforcer de déceler.

Quelles seront donc les règles thérapeutiques à observer en pareilles circonstances ?

En premier lieu, il faudra assurer chez toute accouchée et en particulier chez celles qui sont fébriles ou subfébriles, des émissions intestinales quotidiennes et suffisantes. En cas de constipation, qui, comme nous l'avons vu, est fréquente, que conviendra-t-il de mettre en œuvre ?

Les purgations pourront être employées (Obs. III, VII, VIII, IX, XII), mais il faudra savoir en discriminer l'emploi. Celles-ci seront contre-indiquées si l'on est en présence d'accidents aigus avec température as-

sez élevée, car, dans ces cas, on pourrait craindre que l'action trop brutale des purgatifs et l'hyperémie de la muqueuse intestinale qui en résulte, ne soient un facteur aggravant, favorisant la dissémination générale des germes intestinaux, le résultat serait alors à l'encontre de celui que l'on veut obtenir. On donnera donc plutôt la préférence aux laxatifs doux, à l'administration prolongée d'huile de paraffine par voie buccale ou rectale, qui, non seulement facilitera l'émission des matières, mais encore revêtira la muqueuse du gros intestin d'un enduit protecteur éminemment favorable. Si les laxatifs et l'huile de paraffine sont insuffisants, on pourra leur adjoindre les lavements évacuateurs, qui seront donnés suivant la technique habituelle, c'est-à-dire tièdes et de volume moyen ne dépassant pas un demi-litre. On pourra, dans les cas rebelles, s'aider d'un lavement purgatif tel que celui du Codex, mais, pour les raisons indiquées plus haut, il sera préférable de le donner à dose réduite, par exemple un demi-lavement purgatif. A ce traitement évacuateur, on pourra adjoindre l'administration d'antiseptiques intestinaux, au premier rang desquels on fera figurer la poudre de charbon dont l'action neutralisante et absorbante vis-à-vis des toxines intestinales est connue depuis longtemps; ce médicament pourra être continué, même après la disparition des phénomènes généraux. L'urotropine, donnée à la dose de un gramme par jour en deux fois, constituera aussi un précieux adjuvant, surtout si l'on craint l'apparition de phénomènes urinaires compliquant les manifestations digestives observées.

Enfin, dans quelques cas, on se trouvera bien de stimuler la fonction hépatique par l'administration répétée et à petites doses de cholagogues. L'un des plus employés sera, par exemple, l'ingestion le matin à jeun, de petites quantités de sulfate de soude (une cuillerée à café) qui excitera l'excrétion biliaire et aura une action favorable sur le péristaltisme intestinal.

En effet, l'observation de ces malades montrera souvent chez elles, d'une façon plus ou moins nette, un certain degré d'insuffisance hépatique, qui se manifestera surtout par la mauvaise digestion des aliments gras, du lait et des œufs ; d'ailleurs, l'interrogatoire révélera, nous l'avons vu, que l'inappétence vis-à-vis de ces aliments est observée par la malade depuis déjà un certain temps. On peut même dire que cette notion pourra être relevée chez la plupart d'entre elles et nous pensons que la déficience plus ou moins marquée de la cellule hépatique sera autant, sinon plus, responsable des accidents observés, que l'encombrement intestinal lui-même.

Il en résultera donc, qu'à côté des moyens thérapeutiques envisagés plus haut, l'importance du régime sera primordiale.

### RÉGIME

Le régime devra éviter les aliments propres à favoriser la pullulation des germes intestinaux et à surmener le parenchyme hépatique. On devra donc surveiller avec soin l'administration du lait et des œufs, qu'il faudra proscrire totalement de l'alimentation de semblables malades. On rédimera également, voire même on supprimera, l'ingestion des viandes de toutes sor-

tes, tout au moins pendant la période des manifestations fébriles. On mettra donc ces malades à un régime végétarien strict qui, dans les formes sévères ou tenaces, pourra consister uniquement en l'administration de bouillon de légumes pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Progressivement, et suivant en cela la défervescence des phénomènes observés, on élargira l'alimentation en permettant les potages de légumes, les pommes de terre, les pâtes sans œufs, le pain grillé en petites quantités. Après deux jours d'apyrexie, on pourra laisser absorber à la malade un peu de viande blanche, de maigre de jambon et de viande grillée, mais il reste bien entendu qu'à la première reprise, même légère, des manifestations hépato-intestinales, le régime sera repris avec toute sa rigueur primitive et suivi un temps convenable. Les boissons seront également surveillées, bien que leur importance paraisse moindre ; néanmoins on conseillera à la malade de s'abstenir de boissons alcooliques, de ne prendre ni thé, ni café, et l'on se trouvera bien de prescrire quelques boissons diurétiques : eau d'Evian, eau de Vittel en petite quantité, infusions de queues de cerises.

Ce traitement, envisagé tel que nous nous sommes efforcé de le préciser, devra déterminer une sédation des symptômes observés, coïncidant avec une sensation de bien-être éprouvée par la malade, et, nous le répétons, il constitue en quelque sorte la pierre de touche dans l'appréciation des phénomènes observés tels que nous les avons décrits.

Aucun des cas qu'il nous a été donné de rencontrer

nous a paru cliniquement assez sévère pour justifier l'emploi de la sérothérapie anticolibacillaire ainsi que l'ont précisé les travaux de H. Vincent. Néanmoins, le cas échéant, nous préfèrerions, pour une forme grave, cette thérapeutique à la vaccinothérapie, dont l'action paraît un peu lente. Toutefois, dans deux cas (Obs. VI, X), la vaccinothérapie par voie buccale paraît avoir donné des résultats satisfaisants, sans que l'on puisse affirmer cependant d'une façon certaine, une relation de cause à effet.

---



## Conclusions

---

I. — Lorsqu'au cours de suites de couches fébriles on ne peut trouver aucune explication de la température dans l'examen attentif de l'appareil génital, mammaire ou veineux, on pourra être logiquement amené à penser qu'il s'agit de manifestations pathologiques à point de départ hépato-intestinal.

II. — Cette élimination faite, les symptômes objectifs qui permettront de conclure à cette éventualité sont avant tout d'ordre clinique ; il n'existe actuellement pas de tests bactériologiques ou sérologiques qui en permettent l'affirmation.

III. — Les principaux éléments cliniques que l'on recherchera consisteront dans le dépistage, par l'interrogatoire, des affections hépato-intestinales antérieures à l'accouchement. Puis on recherchera les principaux symptômes objectifs : la discordance du pouls et de la température, les douleurs abdominales au niveau du foie ou du cadre colique, les accidents intestinaux : constipation ou diarrhée, l'impossibilité pour la malade de suivre un régime alimentaire normal. L'ictère et les accidents du côté de l'appareil urinaire pourront être observés dans les formes sévères.

IV. — La thérapeutique de ces accidents consistera surtout à assurer la régularité des selles par des laxatifs et des lavements ; les purgations étant le plus souvent contre-indiquées. On pratiquera, dans la mesure du possible, l'antisepsie du tractus intestinal, surtout par la poudre de charbon et l'urotropine. On insistera surtout sur le régime, qui sera avant tout végétarien, à l'exclusion des viandes, des graisses, du lait et des œufs.

V. — Les résultats satisfaisants que pourront entraîner ces différents éléments thérapeutiques, seront considérés comme un élément important à ajouter au diagnostic de ces manifestations.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| <i>Vu :</i>  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,    | VORON.                    |
| JEAN LEPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer*

LYON, le 12 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
A. LIRONDELLE

---

## Bibliographie

---

- ACHARD. — Septicémie colibacillaire. *Journal des Praticiens*, 19 juillet 1930, p. 465.
- ACHARD et GRENET. — Septicémie colibacillaire. *Tribune Médicale*, 1904, p. 773.
- AUBERT et FOURNIER. — Gynécologie, 1909.
- BAR. — Période présuppurative de la pyélo-néphrite gravidique. *Soc. d'Obst.*, 1904.
- BLACKADER (A. D.) et GILLIES (B. D.). — General infection by the colon bacillus with rapidly fatal septicaemia and haemoglobinæmia. *The New-York Med. Journal*, 1907, t. LXXXV, p. 483.
- BOUCHARD. — Leçons sur auto-intoxications, 1887.
- BOUFFE DE SAINTE-BLAISE. — Les auto-intoxications de la grossesse. *Actualités Médicales*, 1899.
- BRIAN. — Uber Allgemeininfektion durch Bakterium coli. *Deutsches Archiv. für Klin. Medizin*, 1912, vol. CVI, p. 379.
- CATHALA. — Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique. *Thèse de Paris*, 1904.
- COMBE. — Auto-intoxications intestinales, 1907.
- COYON (A.) et LEMIERRE (A.). — Les infections du rein et des voies urinaires d'origine intestinale. *Bulletin et Mémoire de la Soc. Méd. Hôp.*, 1919, n° 26, p. 743.
- CURSCHMANN. — *Münchener Med. Woch.*, 1900, p. 303.
- DUGUÉ. — *Thèse de Paris*, 1920-21.

- EMERSON-BREVER (G.). — Infections aiguës des reins. *Rapport du Congrès de Londres*, 1913.
- ETIENNE (G.). — Les infections colibacillaires, 1899.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- GALAND (E.-L.). — Une médication étiologique active de la constipation par acholie ou constipation habituelle. *Concours Médical*, 30 novembre 1924.
- HEITZ-BOYER. — Néphrites et pyélonéphrites à origine intestinale. *Société Méd. Hôp.*, 1919.
- HÉRARD DE BESSÉ. — Contribution à l'étude des septicémies colibacillaires. *Presse Médicale*, 1910, p. 380.
- HERTZ. — Constipation et troubles intestinaux. Traduction de Reboul, 1912.
- JACOB. — Uber Allgemeininfektion durch Bakterium coli. *Deutsches Archiv. für Klin. Medizin*, 1909, vol. XCVII, p. 303.
- JEANNIN. — Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides. *Thèse Paris*, 1902.
- LAVERGNE. — Septicémies à colibacilles. *Congrès de Médecine*, 1927.
- LEMIERRE. — Infection rénale d'origine intestinale. *La Médecine*, 1920.
- LENHARTZ. — Die Septischen Erkrankungen, 1903.
- LERMOYEZ, HELME, BARBÉER. — Angines à colibacilles. *S. M. des Hôp.*, 1894, p. 449.
- LIEBERMEISTER. — Uber des Bedeutung des Bakterium coli für die menschliche Pathologie. *Zeitschrift für Klin. Medizin*, 1906, vol. LIX, p. 473.
- LIÉGOIS. — Origine intestinale du poison éclamptique. *Thèse de Lyon*, 1911-12.
- LINEL. — Etude de la péristaltine, ses indications en thérapeutique. *Thèse de Lyon*, 1911-12.
- MAISONNET et CRISTAU. — Colibacille et appareil urinaire. *Arch. de Méd. Militaire*, 1925, p. 207.
- MARQUIS. — Staphylococcies et colibacillooses puerpérales. *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, avril 1918.

- NOBÉCOURT. — Recherches sur la pathogénie des inf. gastro-intestinales des nourrissons. *Thèse de Paris*, 1899.
- OKINCZYC. — Stase intestinale et colibacillose. *Livre jubilaire du Professeur Forgue*, p. III.
- PANTON (P. N.) et TIDY (H. L.). — The occurrence of the colon bacillus in the blood. *Lancet*, 30 novembre 1912, p. 500.
- PIERRET. — Hématuries et troubles intestinaux, 1927.
- PETIT (Roger). — Les colibacilluries. *Thèse de Paris*, 1929.
- RAFIN. — Etude critique du syndrome entéro-rénal, 1923.
- RATHERY, AMBARD, VANSTENBERGHE et MICHEL. — Les fièvres paratyphiques B. Paris, 1916, p. 139.
- REBLAUD. — Comptes rendus à la Société de Biologie, 1891.
- ROSSIER et LEWIN. — Auto-infection d'origine intestinale. *Soc. Méd. de Berlin*, 1895.
- ROUX (J.-C.). — Les troubles intestinaux qui favorisent l'infection urinaire. *J. Méd. Français*, mai 1922.
- VINCENT (H.). — Sur le processus infectieux rénal d'origine colibacillaire. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. LXXXVII, 1922, p. 646.
- Sur l'élimination urinaire du *Bacillus coli* et son origine hématogène. *C. R. Acad. des Sciences*, t. CLXXX, 1925, p. 239.
- Sur la pathogénie et les conditions d'entretien de la colibacillurie. *C. R. Acad. des Sciences*, t. CLXXX, p. 407.
- Nouvelles recherches sur la pathogénie de la colibacillurie. Action du sérum thérapeutique anticolibacillaire. *C. R. Acad. Sciences*, t. CLXXX, p. 1083.
- Rôle de la toxi-infection colibacillaire dans certaines entéropathies chroniques. Action de la sérothérapie anticolibacillaire dans ces états morbides. *Bull. Acad. de Médecine*, 29 avril 1930.
- WIDAL, LEMIERRE, BRODIN. — Quatre cas de septicémies colibacillaires. *Bull. Soc. Méd. Hôpitaux*, 2 juillet 1920, p. 963.
- WIDAL et LEMIERRE. — Septicémies colibacillaires. *Gazette des Hôpitaux*, 1904, n° 81, p. 803.

WIDAL (F.). — Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'érysipèle. *Thèse Paris*, 1889.

WIDAL et LEMIERRE. — Colibacillose. In *Nouveau Traité Méd.*, 1924.

WIENS. — Zur Kasuistik der Kolibakteriämie. *Münchener Wochr.* 1909, p. 962.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                          |    |
|--------------------------|----|
| INTRODUCTION. . . . .    | 9  |
| HISTORIQUE. . . . .      | 13 |
| OBSERVATIONS. . . . .    | 17 |
| ETUDE CLINIQUE . . . . . | 35 |
| TRAITEMENT. . . . .      | 41 |
| CONCLUSIONS. . . . .     | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE. . . . .   | 49 |

---





---

**BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU**

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00







